

重要事項説明書

本重要事項説明書は、当事業所とサービス利用契約の締結を希望される方に対して、社会福祉法第 76 条に基づき、当事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを説明するものです。

当事業所では、利用者に対して障害者総合支援法に基づく指定共同生活援助サービスを提供します。当サービスの利用は、原則として訓練等給付費の支給決定を受けた方が対象となります。

社会福祉法人 優輝福祉会

共同生活援助事業所 ゆうしゃいん CCM

1. サービスを提供する事業者

名 称	社会福祉法人 優輝福祉会
所 在 地	広島県三次市吉舎町吉舎606番地
電 話 番 号	0824-43-3121
代表者氏名	理事長 森重 利夫
設立年月日	平成2年12月13日

2. 利用事業所

事業所の種類	日中サービス支援型共同生活援助事業所
事業所の名称 (事業所番号)	ゆうしゃいん CCM (3421950068)
事業所の所在地	〒729-6211 広島県三次市大田幸町 10388-7
連 絡 先	電話番号 0824-66-3555 ファックス 0824-66-2839
定 員	20名(共同生活住居Ⅰ 10名、共同生活住居Ⅱ 10名)
開設年月日	令和2年6月1日
管理者	熊原 晋司
サービス管理責任者	藤川 耕作
サービスの実施地域	三次市、庄原市、神石高原町、世羅町、安芸高田市、その他
主たる対象者	知的障害者、身体障害者、精神障害者

3. サービスの目的・運営方針

目 的	日中サービス支援型共同生活援助の事業は、常時の支援体制を確保することにより、利用者が地域において、家庭的な環境及び地域住民との交流の下で自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、当該利用者の身体及び精神の状況並びにその置かれている環境に応じて共同生活住居において相談、入浴、排泄又は食事の介護その他の日常生活上の援助を適切かつ効果的に行うことを目的とします。
運営方針	<ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者の身体及び精神の状況又はその置かれている環境等に応じて、利用者の意向に基づき、社会生活上必要な支援を適切に行います。 2. 利用者について、特定相談支援事業を行う者又は他の福祉サービスの事業を行う者等との連絡調整に努めます。 3. 利用者が日常生活を営む上で必要な行政機関に対する手続き等について、その者又はその家族が行うことが困難である場合は、その者の同意を得て代わって行うことに努めます。

	4. 常に利用者の家族との連携を図るとともに、利用者とその家族との交流等の機会を確保するように努めます。
--	--

4. サービスに係る設備の概要

	部屋数	備 考
居室	10×2	全室個室（面積 11.18 m ² ）、便所・洗面台、ベッド、収納設備付き
居間	2	各共同生活住居1、床暖房付き
食堂	2	各共同生活住居1、床暖房付き
台所	2	各共同生活住居1
夜勤室	2	各共同生活住居1
浴室・脱衣室	3	個別浴槽2、特殊浴槽1（共用）
便所	3	

当事業所では厚生労働省の定める指定基準を順守し、上記の設備を設置しています。

5. サービス提供職員の配置数及び勤務体系（2共同生活住居総数）令和6年4月1日現在

職 種	員 数	勤務形態
管理者	1名	常勤
サービス管理責任者	1名	常勤
看護職員	2名	非常勤2名
生活支援員	13名	常勤2名、非常勤11名
世話人	17名	非常勤17名
夜勤支援従事者	12名	常勤1名、非常勤兼務11名（各共同生活住居 1名）

当事業所では、厚生労働省の定める指定基準を順守し、上記の職種の職員を配置しています。

6. サービス提供の内容

サービスの種類	サービスの内容
個別支援計画の作成	利用者一人ひとりが充実した日常生活を営むことができるよう、要望等をもとに必要な支援を行うための個別支援計画を作成致します。又、日中系障害福祉サービス事業所等と連携を取り、要望に沿ったサービス提供に結びつけます。
相談及び援助	利用者及びその家族が希望する生活や利用者の心身の状況などを把握し、適切な相談、助言、援助等を行います。
食事・入浴・排せつ	食事・入浴・排せつに関する援助を行います。援助内容は「個別支援計画」に基づき提供されます。

着替え・整容など	身だしなみ、清潔には注意を払います。利用者の好みにより希望があれば付き添って衣服を購入します。整理・整頓、季節による衣替えに関する援助を行います。
余暇活動等への支援	地域行事への参加を促進します。地域商店への買物支援などを通じて選択の機会を作り自主性を育てます。
健康管理	日々は世話人等により観察、疾病予防、健康管理に努めます。また、緊急時必要により、主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。利用者が協力医療機関以外（三次市以外）の医療機関に通院する場合には、その付添い等について配慮します。（別途料金がかかります。）
日中活動支援	当該事業所内で日中で過ごされる利用者に対して、日中の生活介護及び創作活動や生産活動等の支援を行います。
入院等に関する支援	職員が家族等が変わって入院期間中の支援を行います。ただし、入院時支援加算の範囲内とします。

- ① 当該事業所のサービスは利用者一人ひとりの個別支援計画に基づき、昼間のサービス（日中活動）と夜のサービス（居住支援）の組み合わせが選択できます。
- ② 全てのサービスは「個別支援計画書」に基づいて行われます。本事業所のサービス管理責任者が作成し、利用者の同意（記名又は捺印）をいただきます。なお、「個別支援計画」の1通を利用者に交付します。

7. 利用料金

（1） 障害者総合支援法に基づく訓練等給付費支給対象サービスに関する利用料金

訓練等給付費によるサービスを提供した際は、サービス利用料金（厚生労働大臣の定める基準により算出した額）のうち9割が訓練等給付費の給付対象となります。事業者が訓練等給付費等の給付を市町から直接受け取る（代理受領する）場合、利用者負担分としてサービス利用料金全体の1割の額を事業者にお支払いいただきます。

なお、応能負担又は利用者負担額の軽減等が適用される方の場合は、この限りではありません。お持ちの障害福祉サービス受給者証をご確認ください。

訓練等給付費から給付されるサービス

(1日につき)

①日中を当該共同生活住居にて過ごした場合

報酬単価の算定要件		基本サービス費 (円)	1 割負担額 (円)
(世話人の配置が 5 : 1 の場合)			
<input type="checkbox"/>	区分6	9,970	997
<input type="checkbox"/>	区分5	8,600	860
<input type="checkbox"/>	区分4	7,710	771
<input type="checkbox"/>	区分3	5,240	524
(体験利用の場合)			
<input type="checkbox"/>	区分6	11,680	1,168
<input type="checkbox"/>	区分5	10,280	1,028
<input type="checkbox"/>	区分4	9,380	938
<input type="checkbox"/>	区分3	6,720	672

②日中を当該共同生活住居以外で過ごした場合

報酬単価の算定要件		基本サービス費 (円)	1 割負担額 (円)
(世話人の配置が 5 : 1 の場合)			
<input type="checkbox"/>	区分6	7,650	765
<input type="checkbox"/>	区分5	6,270	627
<input type="checkbox"/>	区分4	5,390	539
<input type="checkbox"/>	区分3	4,070	407
<input type="checkbox"/>	区分2	2,700	270
<input type="checkbox"/>	区分1 以下	2,530	253
(体験利用の場合)			
<input type="checkbox"/>	区分6	9,290	929
<input type="checkbox"/>	区分5	7,870	787
<input type="checkbox"/>	区分4	6,950	695
<input type="checkbox"/>	区分3	5,460	546
<input type="checkbox"/>	区分2	4,080	408
<input type="checkbox"/>	区分1 以下	3,890	389

③個人単位で居宅介護等を利用する場合（特例）

(1) 日中を当該共同生活住居にて過ごした場合

報酬単価の算定要件		基本サービス費（円）	1割負担額（円）
（世話人の配置が5：1の場合）			
<input type="checkbox"/>	区分6	5,650	565
<input type="checkbox"/>	区分5	5,050	505
<input type="checkbox"/>	区分4	4,670	467

(2) 日中を当該共同生活住居以外で過ごした場合

報酬単価の算定要件		基本サービス費（円）	1割負担額（円）
（世話人の配置が5：1の場合）			
<input type="checkbox"/>	区分6	4,540	454
<input type="checkbox"/>	区分5	3,940	394
<input type="checkbox"/>	区分4	3,560	356

報酬単価の算定要件		基本サービス費（円）	1割負担額（円）
各種加算			
人員配置体制加算（Ⅴ）（7.5：1）			
<input type="checkbox"/>	基準上の人員に加え、特定従業者数換算方法で7.5:1以上の世話人等を配置に適合している事業所において、利用者に対して、日中サービス支援型指定共同生活援助等の提供を行った場合に算定します。		
<input type="checkbox"/>	区分4以上	1,380	138
<input type="checkbox"/>	区分3	1,210	121
人員配置体制加算（Ⅶ）（7.5：1）			
<input type="checkbox"/>	基準上の人員に加え、特定従業者数換算方法で7.5:1以上の世話人等を配置に適合している事業所において、利用者に対して、日中サービス支援型指定共同生活援助等の提供を行った場合に算定します。		
<input type="checkbox"/>	区分4以上	1,310	131
<input type="checkbox"/>	区分3	1,120	112
<input type="checkbox"/>	福祉専門職員配置等加算（Ⅲ）	40	4

	生活支援員等のうち、常勤職員が 75%以上 又は勤続 3 年以上の常勤職員が 30%以上雇 用されている事業所について算定します。		
□	視覚・聴覚言語障害者支援体制加算（Ⅰ） 視覚障害者等である利用者の数が、一定割合 以上であり、一定割合以上の従業者を加配し ている場合について算定します。	510	51
□	看護職員配置加算 看護職員を常勤換算法 1 以上加配している 場合について算定します。	700	70
□	重度障害者支援加算（Ⅰ） 区分 6 であって重度障害者等包括支援の対 象者に対して、より手厚いサービスを提供す るため従業者を加配するとともに一部の従 業員が一定の研修を修了した場合に算定し ます。	3,600	360
□	重度障害者支援加算（Ⅱ） 区分 4 以上であって重度障害者等包括支援 の対象者に対して、より手厚いサービスを提供 するため従業者を加配するとともに一部の 従業員が一定の研修を修了した場合に算 定します。	1,800	180
□	医療的ケア対応支援加算 短期入所において、医療的ケア児者に対して サービスを実施し、看護職員を必要とされる 数以上配置している場合に算定します。	1,200	120
□	集中的支援加算（Ⅰ） 状態が悪化した強度行動障害を有する児へ の集中的支援を行った場合に月 4 回を限度 に算定します。	10,000	1,000
□	集中的支援加算（Ⅱ） 集中的な支援が必要な利用者を他の指定障 害福祉サービス事業所又は指定障害者支援 施設等から受け入れ、該利用者に対して集中	5,000	500

	的な支援を行った場合に算定します。		
<input type="checkbox"/>	自立生活支援加算（Ⅰ）（6月を限度に月1回）	10,000	1,000
<input type="checkbox"/>	自立生活支援加算（Ⅱ）（入居中2回、退居後1回を限度として、500単位を加算）	1回につき 5,000	1回につき 500
	退居後の相談支援を評価し入居中に2回まで、退居後1回まで算定します。		
<input type="checkbox"/>	入院時支援特別加算（月1回を限度）		
	当該月における家族等の居宅等における入院期間（入院の初日及び最終日を除く）の日数の合計が3日以上7日未満の場合若しくは入院期間が7日以上の場合月1回限度とし算定します。		
	イ）入院期間が3日以上7日未満	月1回につき 5,610	月1回につき 561
	ロ）入院期間が7日以上	月1回につき 11,220	月1回につき 1,122
<input type="checkbox"/>	帰宅時支援加算（月1回を限度）		
	当該月における家族等の居宅等における外泊期間（外泊の初日及び最終日を除く）の日数の合計が3日以上7日未満の場合若しくは外泊期間が7日以上の場合月1回限度とし算定します。		
	イ）外泊期間が3日以上7日未満	月1回につき 1,870	月1回につき 187
	ロ）外泊期間が7日以上	月1回につき 3,740	月1回につき 374
<input type="checkbox"/>	長期入院時支援特別加算	1,500	150
	家族等から入院に係る支援を受けることが困難な利用者が病院等への入院を要した場合、共同生活援助事業所の世話人等が、共同生活援助計画に基づき、当該利用者が入院している病院等を訪問し、当該病院等との連絡調整及び被服等の準備その他の日常生活上の支援を行った場合に1月の入院期間（入院の初日及び最終日を除く）の日数が2日を超える場合に当該日数を超える期間について算定します。但し、入院時支援特別加算が算定される月は算定しません。		

□	長期帰宅時支援加算 共同生活援助計画に基づき家族等の居宅等において外泊した場合に1月の外泊期間(外泊の初日及び最終日を除く)の日数が2日を超える場合に、当該日数を超える期間について、1日につき算定します。	500	50
□	地域生活移行個別支援特別加算 厚生労働大臣が定める者に対して、地域で生活するために必要な相談援助や個別の支援等を行った場合、当該者に対し、3年以内の期間において、1日につき所定単位数を加算する。	6,700	670
□	精神障害者地域移行特別加算 精神病院等に1年以上入院していた精神障害者に対して、地域で生活するために必要な相談援助を精神保健福祉士、社会福祉士等が実施することを評価し算定します。	3,000	300
□	強度行動障害者地域移行特別加算 障害児者支援施設に1年以上入居していた強度行動障害者に対して、地域で生活するために必要な相談援助を強度行動障害支援者養成研修修了者等が実施することを評価し算定します。	3,000	300
□	強度行動障害者体験利用加算 強度行動障害者がグループホームにおいて体験利用を行う場合に算定します。	4,000	400
□	退居後共同生活援助サービス費(退居後) (退居後、3月を限度として)	1月につき 20,000	2,000
□	退居後外部サービス利用型共同生活援助サービス費(退居後)(退居後3月を限度)	1月につき 20,000	2,000
	グループホームを退居した利用者に対し、居宅を訪問し、心身の状況、生活状況等の把握を行い、関連機関等と連絡調整等の支援を行った場合に算定します。		
□	高次機能障害者支援体制加算	410	41

	高次脳機能障害支援者養成研修を修了した相談支援専門員を事業所に配置し、利用者に対して指定計画相談支援を行っている場合に算定します。		
□	ピアサポート実施加算 指定のピアサポート研修を修了した障害や難病のある・または過去にあった職員（以下、障害のある職員）などを配置し、ピアサポートとしての支援を実施した場合に算定します。	1 月につき 1,000	100
□	退居後ピアサポート実施加算 地域生活や就労を続ける上での不安の解消、生産活動の実施に向けた意欲の向上などへの支援を充実させるため、ピアサポートによる支援を実施する事業所に算定します。	1 月につき 1,000	100
□	新興感染症等施設療養加算（月 5 回限度） 新興感染症のパンデミック発生時等において、施設内で感染した高齢者に対して必要な医療やケアを提供する観点や、感染拡大に伴う病床ひっ迫を避ける観点から、必要な感染対策や医療機関との連携体制を確保した上で感染した高齢者を施設内で療養を行うことで算定します。	2,400	240
□	福祉・介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 1 月の基本サービス費と各種加算額の合計額の 8.6%を算定します。 福祉・介護職員を中心とした従業員の処遇改善を図るための費用となります。	総単位数×加算率（8.6%）単位	
□	福祉・介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ） 1 月の基本サービス費と各種加算額の合計額の 1.9%を算定します。 福祉・介護職員等で介護福祉士、経験及び技能を有すると認められる者を対象として更なる処遇改善を図るための費用となります。	総単位数×加算率（1.9%）単位	

□	福祉・介護職員等ベースアップ等支援加算	総単位数×加算率（2.6%）単位
	1月の基本サービス費と各種加算額の合計額の2.6%を算定します。	
	福祉・介護職員等を中心とした従業員の処遇改善を図るための費用となります。	

（2）訓練等給付費対象外サービス内容の料金

	金額	サービスの内容
食事サービス	朝食 300 円/日 昼食 600 円/日 夕食 600 円/日	希望により食事の提供をします。（朝食 7:30～、昼食 12:00～、夕 18:00～）所得に応じて軽減措置適用の場合があります。栄養と利用者の身体状況や嗜好に配慮した食事を提供します。
住居費	30,000 円/月	市町から 10,000 円の住居補助があります。
光熱水費	5,000 円/月	電気・ガス・水道などの使用料（定額制）
洗濯代	100 円/回	
日常生活上必要となる諸経費	実費	利用者の日常生活に要する費用で負担して頂くことが適当である物に関わる費用
社会生活上の便宜供与など		日常生活に必要な行政機関等への手続きについて利用者又は家族が行うことが困難な場合、利用者の依頼に基づいて代行します。
敷金	30,000 円 (入居時一時預かり)	退去する際、原状回復に要する費用もしくは残債務が発生した場合には、その金額を差し引いた後返還します。原状回復に係る費用が敷金を超えた場合は、追加費用を請求します。残債務が敷金を超過した場合は差額費用を請求します。

別紙「利用料負担金支払同意書」をご参照ください。

（3）サービス利用の取り消し料金

利用者がサービス利用の取り消し（キャンセル）をする場合は、利用予定日の前日までに当事業所職員までお申し出ください。なお、サービス利用日の前日までにお申し出のない場合は、キャンセル料をいただく場合があります。

キャンセル料（食費の実費相当額）	朝食 300 円/昼食 600 円/夕食 600 円
------------------	----------------------------

（4）利用料金の計算方法と支払い方法

前記（1）（2）（3）の利用料金は、ひと月ごとに計算し請求します。

なおひと月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額となります。（日割り計算）

支払い方法は翌月 20 日までに次の方法でお支払いください。

①指定の金融機関口座からの口座振替

※ご利用できる金融機関：広島みどり信用金庫、ゆうちょ銀行、JA三次各支店

② 当事業所窓口での現金支払い

③ 下記指定口座への振込み

ア. みどり信用金庫（ ）イ. ゆうちょ銀行（ ）ウ. JA三次（ ）

8. 利用者の記録及び情報の管理など

(1) 事業者は、法令に基づいて利用者の記録及び情報を適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示します。また、記録及び情報については契約の終了後5年間保管します。

閲覧、複写ができる窓口業務時間は、午前8：30～午後5：00です。

(2) 利用者の個人情報については、個人情報保護法に沿った対応を行います。

ただしサービス提供を行う上で他事業所及び医療機関等との連絡調整や市町及び関係機関に情報提供を要請された場合は、利用者の同意（「個人情報使用同意書」による）に基づき情報提供をします。

9. 緊急時の対応

利用者の病状急変等の緊急時には、速やかに次の医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じます。

利用者のかかり付け医療機関	医療機関名： 診療科： 主治医： 所在地： 電話番号：
緊急連絡先①	住 所： 電話番号： 携帯電話： 氏 名： 続 柄：
緊急連絡先②	住 所： 電話番号： 携帯電話： 氏名： 続柄：

10. 要望・苦情等申立先及び虐待防止に関する相談窓口

(1) 要望・苦情等申立先

当事業所相談窓口	窓口担当者：藤川 耕作（職名）サービス管理責任者 苦情解決責任者：熊原 晋司 受付日時：月曜日～金曜日 8：30～17：00 電話番号：0824-66-3555 Fax 番号：0824-66-2839
第三者委員	上杉千恵美 電話番号 0824-73-0559 歌手 奥 易之 電話番号 0824-88-2548 無職 宮崎 文隆 電話番号 0824-66-2317 団体役員
三次市社会福祉課 障害福祉係	所在地：広島県三次市十日市中2丁目8-1 受付日時：月曜日～金曜日 8：30～17：15 電話番号：0824-65-2051 Fax 番号：0824-62-6285
広島県サービス運営適正化委員会	所在地：広島県広島市南区比治山本町12-2 受付日時：月曜日～金曜日 8：30～17：00 電話番号：082-254-3419 Fax 番号：082-569-6161

(2) 虐待防止に関する相談窓口

虐待防止に関する相談窓口	窓口担当者：藤川 耕作（職名）サービス管理責任者 電話番号：0824-66-3555 Fax 番号：0824-66-2839
--------------	--

虐待の防止について事業者は利用者等の人権の擁護・虐待の防止のために「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律（平成23年法律第79号）」を遵守するとともに、発見時の通報義務を負います。また、下記の対策を講じます。

- ① 虐待に関する責任者を選定しています。
虐待防止に関する責任者：管理者 熊原 晋司
- ② 成年後見制度の利用を支援します。
- ③ 苦情解決体制を整備しています。
- ④ 従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

1 1. 協力医療機関

医療機関の名称①	高場クリニック
院 長 名	高場 憲夫
所 在 地	三次市三良坂町三良坂 877-5
電 話 番 号	0824-44-2057
診 療 科	内科

医療機関の名称②	庄原赤十字病院
院 長 名	中島 浩一郎
所 在 地	〒 727-0013 広島県庄原市西本町二丁目 7-10
電 話 番 号	0824-72-3111
診 療 科	内科、整形外科、脳神経外科、耳鼻咽喉科、眼科、皮膚科他

医療機関の名称③	金子歯科医院
院 長 名	金子 昌平
所 在 地	〒 729-4202 広島県三次市吉舎町三玉508番地 1
電 話 番 号	0824-43-2171
診 療 科	歯科・小児歯科・歯科口腔外科

1 2. 事故発生時・非常災害時の対策

事故発生時の対応	利用者へのサービスの提供により事故が発生した場合は、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。重大事故の場合は広島県をはじめ出身市町の担当課に報告します。また、利用者へのサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。
非常時の対応	別途定める消防計画書により対応します。
防災設備	<ul style="list-style-type: none"> ・自動火災通報装置 有り ・消火器 有り ・高輝度誘導灯 有り ・スプリンクラー設備 有り ・全室防災カーテンを使用しています。 ・大規模災害に備えての備蓄（食料・飲料水3日分）
平時の訓練	別途定める消防計画書により、年2回、避難誘導訓練等を利用者参加の上、実施します。
損害賠償保険加入	<p>事故・災害に備えて、損害賠償保険に加入しています。</p> <p>保険会社名：損保ジャパン日本興亜株式会社</p> <p>保 険 内 容：社会福祉施設総合損害補償</p>

1 3. 当事業所を利用の際にご留意いただく事項

設備・器具の利用	事業所内の設備・器具は本来の使用方法に従って、ご利用ください。これに反したご利用により破損が生じた場合、賠償していただく場合があります。入居の際、本人・対物損害賠償保険に加入していただきます。
喫煙	敷地内を含め全館禁煙です。
貴重品の管理	現金及び貴重品は利用者の責任において管理していただきます。利用者の自己管理が困難な場合は、外部の福祉サービス援助事業者（有料）などを紹介します。
宗教活動など	思想、信仰は自由ですが、他の利用者に対する宗教、政治及び営利を目的とした活動はご遠慮ください。

1 4. 入退居についてご留意いただく事項

入居	<ul style="list-style-type: none"> ① 入居の申し込みに必要な書類を提出後、利用者に適切なサービスを提供するため、心身の状況や生活歴・既往歴などを把握させていただきます。 ② 入居が決定した場合、当事業所のサービス提供に係る重要事項を説明の上、あらためてご本人・ご家族の意向を確認します。 ③ 利用契約を行います。利用契約期間は障害福祉サービス受給者証の訓練等給付費支給決定期間と同じです。
退居	<ul style="list-style-type: none"> ① 利用者は当事業所に対し 14 日前までに文書で通知を行った場合には、この契約を解除できます。 ② 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族に対して、社会通念を逸脱する行為を行った場合は、利用者は文書で通知することにより直ちにこの契約を解除できます。 ③ 入院期間が 30 日以上継続し、退院の目途が立たない場合、契約を解除していただきます。病状回復後、再度入居を希望される場合は、改めて入居の申し込みをしていただきます。 ④ 利用者がサービス利用料金の支払いを正当な理由なく 90 日以上遅延した場合、利用者が本契約が継続しがたいほどの背信行為を行った場合、退居していただく場合があります。この場合、契約を解除する 30 日前までに、ご本人・ご家族に文書にて通知します。 ⑤ 利用者が亡くなった場合。

令和 年 月 日

指定障害者福祉サービス日中サービス支援型共同生活援助事業所ゆうしゃいん CCM の提供及び利用の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者名：社会福祉法人 優輝福祉会

事業者住所：広島県三次市吉舎町吉舎606番地

事業所名：日中サービス支援型共同生活援助事業所ゆうしゃいん CCM

代表者氏名：理事長 森重 利夫 印

説明者職名： 氏名： 印

私は、本書面に基づいて事業者から指定障害者福祉サービス日中サービス支援型共同生活援助事業所ゆうしゃいん CCM の提供及び利用について重要事項の説明を受け、同意しました。

(利用者)

住所：

氏名： 印

(代筆者)

住所：

氏名： 印

続 柄：

(代筆理由：)

(代理人又は立会人)

住所：

氏名： 印

続 柄：